

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ**  
**NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**VICTOR MACÊDO ALVES ROCHA**

**TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO DOS PACIENTES DIABÉTICOS DA**  
**ESF SÃO FRANCISCO EM MAURITI - CE**

**FORTALEZA**

**2015**

**VICTOR MACÊDO ALVES ROCHA**

**TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO DOS PACIENTES DIABÉTICOS DA  
ESF SÃO FRANCISCO EM MAURITI - CE**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à  
Coordenação do Curso de Especialização em  
Saúde da Família, modalidade semipresencial,  
Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) -  
Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em  
Educação a Distância Em Saúde, Universidade  
Federal do Ceará, como requisito parcial para  
obtenção do Título de Especialista.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Esp. Cristiana Ferreira  
Macedo

**FORTALEZA**

**2015**

**VICTOR MACÊDO ALVES ROCHA**

**TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO DOS PACIENTES DIABÉTICOS DA  
ESF SÃO FRANCISCO EM MAURITI - CE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovado em: 05/02/2015

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profº. Esp. Cristiana Ferreira Macedo  
UFCA

---

Profº. Dr. Francisco Marcos Bezerra da Cunha  
UFCA

---

Profº. Esp. Maria Auxiliadora Brito  
UFCA

## RESUMO

O Brasil assiste, desde a década de 1960, a sua transição demográfica e epidemiológica caracterizada pelo envelhecimento populacional e aumento das doenças crônico-degenerativas. O diabetes mellitus (DM) vem se tornando um dos principais problemas de saúde. De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) o tratamento básico consiste na utilização de uma dieta específica, atividade física e medicação adequada. A não adesão à terapêutica por parte dos pacientes diabéticos interfere na resposta clínica e na qualidade de vida. O objetivo desse trabalho foi verificar se fatores demográficos, socioeconômicos e de saúde estão associados ao tratamento não farmacológico em portadores de DM assistidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF) São Francisco. Espera-se que essa intervenção aumente o índice de adesão dos pacientes diabéticos ao tratamento não farmacológico e que as ações que serão implementadas sejam desenvolvidas por todos os integrantes da equipe de saúde, contribuindo, dessa forma, para um melhor controle da doença e uma melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

**Palavras-chave:** Diabetes mellitus. Estratégia Saúde da Família. Tratamento.

## **ABSTRACT**

Brazil's watches since the 1960s, the demographic and epidemiological transition characterized by an aging population and increase in chronic degenerative diseases. Diabetes mellitus (DM) is becoming one of the major health problems. According to the Brazilian Diabetes Society (SBD) the basic treatment is the use of a specific diet, physical activity and proper medication. Non-adherence to therapy by patients with diabetes interferes with the clinical response and quality of life. The aim of this study was to determine whether demographic, socioeconomic and health factors are associated with non-pharmacological treatment in patients with DM assisted by the Family Health Strategy (FHS) San Francisco. It is expected that this intervention increases the adhesion rate of diabetic patients to non-pharmacological treatment and the actions that will be implemented will be developed by all members of the healthcare team, thus contributing to a better disease control and improved the quality of life of patients.

**Keywords:** Diabetes mellitus. Family Health Strategy. Treatment.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>5</b>
<b>2 PROBLEMA .....</b>	<b>6</b>
<b>3 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>6</b>
<b>4 OBJETIVOS .....</b>	<b>7</b>
<b>4.1 Objetivo geral.....</b>	<b>7</b>
<b>4.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>7</b>
<b>5 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>8</b>
<b>6 METODOLOGIA.....</b>	<b>12</b>
<b>6.1 Cenário da intervenção .....</b>	<b>12</b>
<b>6.2 Sujeitos da intervenção .....</b>	<b>12</b>
<b>6.3 Plano de implementação .....</b>	<b>12</b>
6.3.1 Etapas da intervenção: estratégias e ações .....	12
<b>6.4 Matriz do plano de trabalho .....</b>	<b>14</b>
<b>7 CRONOGRAMA.....</b>	<b>15</b>
<b>8 RECURSOS NECESSÁRIOS .....</b>	<b>16</b>
<b>9 RESULTADOS ESPERADOS .....</b>	<b>17</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>18</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Brasil assiste, desde a década de 1960, sua transição demográfica e epidemiológica caracterizada pelo envelhecimento populacional e aumento das doenças crônico-degenerativas. Dentre as doenças crônicas mais frequentes, destaca-se o diabetes mellitus (DM), que consiste em uma disfunção metabólica caracterizada pela falta ou produção diminuída de insulina e/ou da incapacidade desta em exercer adequadamente seus efeitos metabólicos, levando a um estado de hiperglicemia (LOPES, 2008).

Na rede pública de saúde, a porta de entrada para o portador de DM é a Unidade Básica de Saúde, que está estruturada de acordo com a Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF tem como principal propósito reorganizar a prática da atenção básica à saúde e substituir o modelo tradicional de assistência, priorizando ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua (MAIA; ARAÚJO, 2013).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), o tratamento básico e o controle da doença consistem, primordialmente, na utilização de uma dieta específica baseada na restrição de alimentos ricos em carboidratos, gorduras e proteínas, atividade física regular e no uso adequado de medicação. Entretanto, a adesão a esse tratamento exige comportamentos de alguma complexidade que devem ser integrados na rotina diária do portador de DM (MAIA; ARAÚJO, 2013).

A cronicidade da doença, associada às características do regime terapêutico e às responsabilidades do paciente, pode contribuir para a baixa adesão encontrada nos diabéticos. Segundo estudo desenvolvido por Assunção *et al.*, apenas 25% dos pacientes diabéticos que receberam orientações quanto a prática de atividade física realizaram algum tipo de atividade; e dos pacientes que receberam orientações quanto à dieta, apenas metade seguiu as recomendações (GONDER, 2012).

O presente plano de intervenção tem como objetivo verificar se fatores demográficos, socioeconômicos e de saúde estão associados ao tratamento não-farmacológico em portadores de DM assistidos pela ESF-São Francisco, o que poderá auxiliar no planejamento de estratégias de prevenção e intervenção mais adequadas para abranger essa população e suas peculiaridades.

## **2 PROBLEMA**

Baixo índice de adesão dos pacientes diabéticos ao tratamento não farmacológico para um melhor controle da doença e melhoria da qualidade de vida.

## **3 JUSTIFICATIVA**

Intervir com o intuito de elevar o índice de adesão dos pacientes diabéticos ao tratamento não farmacológico para se obter um melhor controle da doença e uma melhoria da qualidade de vida desses pacientes.



## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo geral**

- Implementar ações para o aumento do índice de adesão dos pacientes diabéticos ao tratamento não-farmacológico do DM na ESF – São Francisco em Mauriti.

### **4.2 Objetivos específicos**

- 1) Sensibilizar a equipe de saúde sobre a importância do tratamento não farmacológico para o controle adequado da doença;
- 2) Capacitar os agentes comunitários de saúde para orientarem corretamente os pacientes diabéticos com relação ao tratamento não farmacológico;
- 3) Articular reuniões e oficinas de sensibilização com os pacientes diabéticos sobre a importância da adesão ao tratamento não farmacológico.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

Diabetes mellitus (DM) é uma síndrome caracterizada por hiperglicemia crônica, causada pela deficiência da secreção e/ou da ação da insulina (WILD et al., 2004).

Devido ao envelhecimento populacional e à crescente prevalência de obesidade e sedentarismo, o DM está atingindo proporções epidêmicas. No Brasil, a prevalência de DM foi estimada em 7,6% (MALERBI; FRANCO, 2002), mas estudos mais recentes revelaram taxas mais elevadas (TORQUATO et al., 2003).

O DM está entre os cinco principais problemas manejados pelo médico de família e comunidade. É responsável por cerca de 5% da taxa de internação por condições sensíveis à atenção primária à saúde (APS) no Brasil, com tendência à queda nos últimos anos, provavelmente relacionada à reorganização da APS no país (TAKEDA, 2004).

O manejo clínico adequado, o estímulo à autonomia do usuário por meio de estratégias centradas na pessoa e a continuidade dos cuidados são eficazes na redução de complicações e mortalidade por DM (WORRAL; KNIGHT, 2011).

A grande maioria das pessoas acometidas permanece assintomática por um longo período, e, com certa frequência, a suspeita surge pela presença de uma complicação tardia da doença. Estima-se que 50% dos casos de diabetes não são diagnosticados (MALERBI; FRANCO, 2002). Portanto, é importante que o DM seja buscado ativamente, a partir da compreensão dos seus fatores de risco.

Algumas apresentações devem levantar a suspeita de diabetes, são elas: poliúria, polidipsia e polifagia. A hiperglicemia leva à glicosúria, que é responsável pela tríade clássica. Emagrecimento, cansaço, alteração visual ou candidíase genital (vaginite ou balanopostite). O diagnóstico de DM é feito de acordo com o valor da glicemia de jejum (GJ) eventual ou 2 horas após ingestão de 75g de dextrosol (teste oral de tolerância à glicose - TOTG). Recentemente, a hemoglobina glicada (HbA1c) foi recomendada como alternativa à GJ e ao TOTG devido à correlação bem estabelecida entre seus níveis e o risco para complicações tardias do DM. Isso não quer dizer que a HbA1c deva substituí-los, pois, apesar de ser um exame específico, ele é menos sensível que os demais, o que torna sua relação custo-benefício incompatível para a economia dos sistemas de saúde (SBD, 2009).

Na presença de sintomas sugestivos, uma glicemia casual acima de 200 mg/dL confirma o diagnóstico. Em indivíduos assintomáticos ou com sintomas leves, são necessárias

duas GJ acima de 126 mg/dL. É importante orientar o usuário a não mudar sua alimentação antes da realização dos exames confirmatórios a fim de evitar o mascaramento do diagnóstico. Para indivíduos com forte suspeita clínica (presença de dois fatores de risco) de diabetes e GJ alterada, entre 100 e 126 mg/dL, o TOTG está indicado para complementar a investigação (SBD, 2009).

A GJ alterada e a baixa tolerância à glicose são chamadas de “pré-diabetes”. Para esses indivíduos, modificações no estilo de vida (MEV) devem ser recomendadas, pois podem reduzir em até 58% o risco de desenvolver DM (TUOMILEHTO, 2011).

A avaliação inicial deve englobar uma história completa para classificação do diabetes, identificação de comorbidades e complicações crônicas, além da revisão de tratamentos e controle glicêmico anterior. É essencial dar ênfase às dificuldades, expectativas e medos em relação à doença e ao futuro e ampliar a escuta sobre o exercício da sexualidade, visando à elaboração de um plano terapêutico conjunto, que inclua abordagem familiar e/ou participação em grupos educativos (REHEM; EGRY, 2010).

O exame físico deve ser orientado para a verificação da presença de outros fatores de risco cardiovasculares e de complicações micro e macrovasculares. Frequentemente negligenciado na prática clínica, o exame dos pés, que inclui avaliação da sensibilidade superficial e profunda, palpação de pulsos e avaliação sobre a presença de feridas, infecções, deformidades e alterações de trofismo, deve ser realizado no mínimo anualmente (LOPES, 2008).

Uma vez estabelecido o diagnóstico de diabetes, a GJ é o exame comumente utilizado para o monitoramento do tratamento. Contudo, quando a GJ atinge as metas desejadas para um bom controle, a HbA1c deve ser solicitada. Estima-se que, para a HbA1c de 6%, a média das glicemias para o período compreendido entre 2 e 3 meses (vida média das hemácias) seja de 126 mg/dL e que, para cada um ponto percentual a mais de HbA1c, haja uma elevação de 30 mg/dL na média das glicemias (ADA, 2011).

Nos casos em que a GJ já normalizou e a HbA1c permanece elevada, a realização do perfil glicêmico por meio da automonitoração da glicemia capilar (AMGC) demonstra em que momentos do dia ocorre a hiperglicemia. Nos indivíduos estáveis, a GJ deve ser solicitada a cada três meses, e a HbA1c, duas vezes por ano, sendo que a meta deve ser por volta de 7%. Em relação ao perfil lipídico, se estiver na faixa aceitável, deve ser monitorado anualmente ou com mais frequência se tiver sido instituído tratamento para dislipidemia. A função renal

(exame qualitativo de urina, creatinina com estimativa do *clearence* e pesquisa de microalbuminúria) deve ser avaliada anualmente a partir do diagnóstico (GONDER, 2012).

Os benefícios do bom controle glicêmico inicial persistem a longo prazo, prevenindo a morbimortalidade por DM, o que torna imprescindível o tratamento adequado logo após o diagnóstico; entretanto, um recente estudo multicêntrico brasileiro revelou que 76% dos diabéticos não atingiram o controle glicêmico preconizado (ALFRADIQUE et al., 2009).

As metas do tratamento do DM envolvem, além da redução de níveis glicêmicos e pressóricos, a adequação do peso e do perfil lipídico, mas essas devem ser flexibilizadas conforme cada pessoa. Para crianças, adolescentes, idosos fragilizados e pessoas com expectativa de vida limitada, um nível de HbA1c de 8% ou mais pode ser aceito. Demonstrou-se que o controle metabólico muito rígido em DM2 com comorbidades importantes e alto risco cardiovascular pode aumentar a mortalidade e o número de episódios de hipoglicemia grave (SBD, 2009).

Um plano alimentar balanceado combinado à prática regular de atividades físicas é considerado terapia de primeira escolha para DM. O grau de obesidade e a inatividade física afetam a sensibilidade insulínica, podendo perpetuar um descontrole metabólico a despeito do tratamento farmacológico. A alimentação indicada ao portador de diabetes deve ser individualizada de acordo com sexo, idade, peso e gasto calórico habitual. É importante ressaltar os meios de evitar hipoglicemia ao usar secretagogos ou insulina, como obedecer aos horários das refeições, evitar bebidas alcoólicas e incluir uma ceia noturna antes de deitar. A atividade física reduz a HbA1c independentemente da redução de peso, diminui o risco cardiovascular e melhora a autoestima. São benéficos tantos exercícios aeróbicos como os de resistência. Há maior risco de hipoglicemia durante a atividade física, principalmente naqueles que utilizam insulina, de modo que ajustes na quantidade e tipos de carboidratos na alimentação, bem como nas doses e locais de aplicação da insulina, podem ser necessários. Retinopatia proliferativa e neuropatia autonômica grave contra-indicam exercícios vigorosos, e alteração da sensibilidade ou lesões nos pés requerem cuidados com o calçado e o tipo de atividade realizada (ASSUNÇÃO; SANTOS; COSTA, 2002).

As medicações usadas para o tratamento do DM tipo 2 têm mecanismos de ação diferentes, e a escolha depende dos valores glicêmicos e de particularidades do usuário, como peso, idade, presença de complicações ou comorbidades, bem como intolerância aos efeitos colaterais. A glibenclamida e a metformina são fármacos amplamente disponíveis na rede pública, e seus resultados foram validados por estudos de longo prazo. A metformina é o

fármaco de escolha para pessoas com sobrepeso, apresentando melhores resultados nos desfechos estudados (ELIAS, 2008).

Auxilia na redução do peso e exerce efeito na redução do LDL-colesterol e triglicerídeos. A dose inicial pode ser 500 mg ou 850 mg após a refeição, preferencialmente no jantar. Os efeitos colaterais são frequentes, mas diminuem com o tempo e são minimizados com o aumento lento e gradual das doses subseqüentes ou com apresentações de ação prolongada. Creatinina de 1,5 mg/dL contra-indica o seu uso, e a medicação deve ser interrompida. As sulfonilureias são utilizadas como primeira escolha em diabéticos tipo 2 com emagrecimento por estimular um aumento da secreção pancreática de insulina e provocar ganho de peso. Devem ser usadas com cautela em idosos pelo risco de hipoglicemia. Elas proporcionaram redução de complicações crônicas e mortalidade de forma semelhante à insulina (ELIAS, 2008).

O declínio progressivo da função das células beta pancreáticas faz parte do processo natural da doença, sendo a prescrição de insulina reconhecida atualmente como necessária para a maioria dos portadores de DM tipo 2. Seu uso é indicado ao diagnóstico, quando a sintomatologia for proeminente, ou no curso do tratamento, quando houver falha ou contra-indicação aos agentes orais, ou, ainda, em situações especiais, como na gestação ou em intercorrências clínicas (ADA, 2011).

A introdução da insulinoterapia em dose única (insulina de ação intermediária ou longa), antes de deitar, associada aos antidiabéticos orais, costuma ser bem recebida pelos usuários e tem o benefício de requerer menores doses de insulina e reduzir o risco de hipoglicemia. A insulina aplicada à noite inibe a produção hepática de glicose, reduzindo a GJ e, conseqüentemente, o perfil glicêmico das 24 horas. A dose inicial é de 10 U de insulina NPH humana ou 0,2 U/Kg para os mais obesos, que deve ser reajustada, em 2 ou 4 U, conforme a média de três glicemias capilares de jejum consecutivas, até atingir a meta. A falta de controle adequado com a insulina noturna (HbA1c acima de 7%) requer uma reavaliação da adesão ao plano alimentar e à atividade física, bem como da técnica de aplicação da insulina, além de ser mandatório afastar intercorrências clínicas e/ou psicossociais (SBD, 2009).

## **6 METODOLOGIA**

### **6.1 Cenário da intervenção**

O nosso cenário de intervenção se dará na ESF São Francisco, no distrito de Umburanas, no município de Mauriti – CE, território que abrange 1419 pessoas, das quais 22 são diabéticos cadastrados. A estratégia de saúde da família faz parte da rede de atenção à saúde do município de Mauriti, o qual está situado na região sul do Ceará, com aproximadamente 44.240 habitantes. Mauriti faz parte da rede de atenção à saúde de Brejo Santo, 19ª CERES Macrorregião do Cariri; os municípios limítrofes são: Barro, Milagres e estado da Paraíba.

### **6.2 Sujeitos da intervenção**

- Equipe de saúde da ESF São Francisco;
- Pacientes diabéticos cadastrados na unidade.

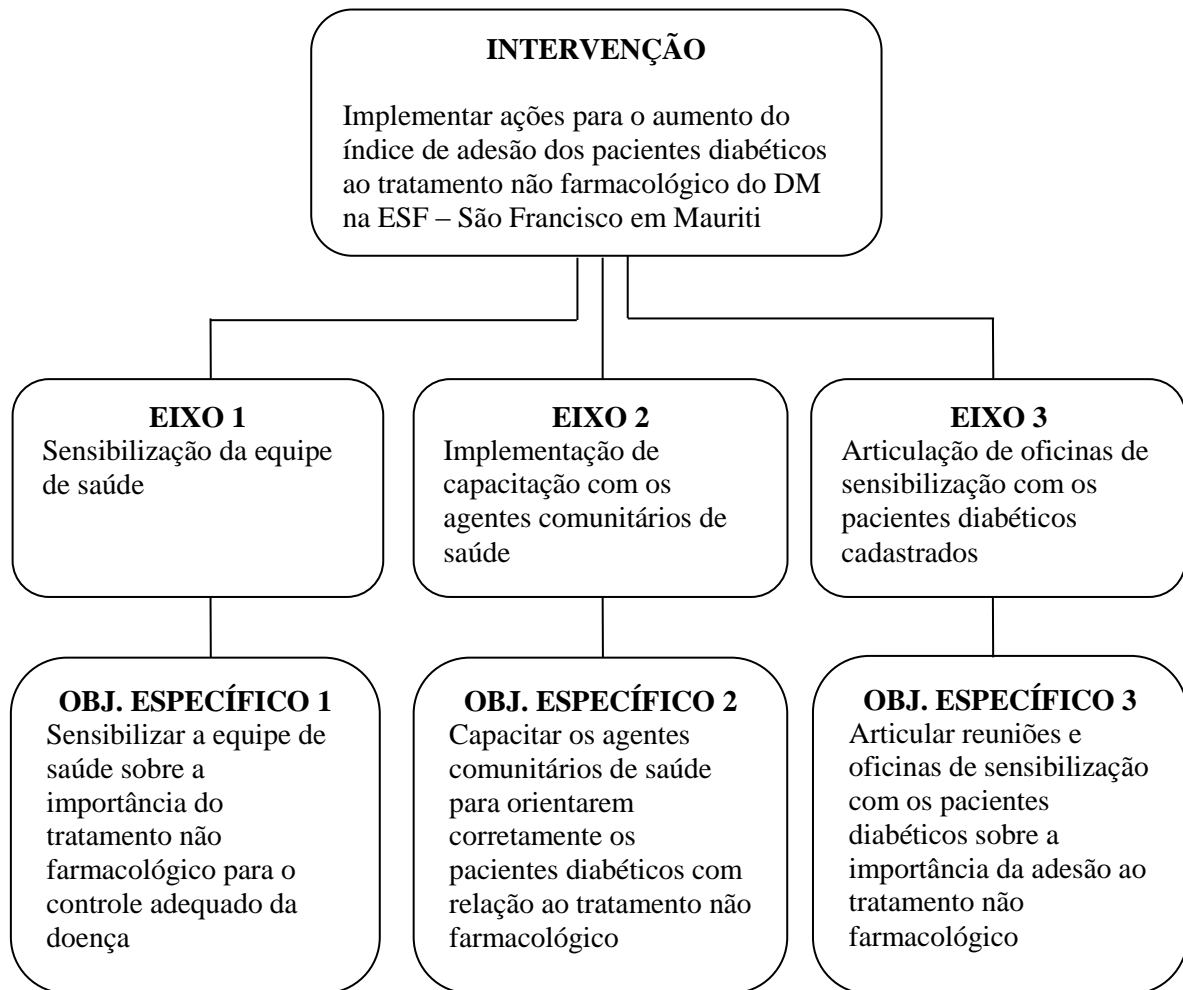
### **6.3 Plano de implementação**

Esse projeto de intervenção foi elaborado durante a realização do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) vinculado ao Programa Mais Médicos. Durante a sua elaboração foram realizadas várias leituras a fim de fazer levantamento bibliográfico, e a partir da vivência profissional na ESF foi percebido a necessidade de atuar na temática em questão como proposta de relevante importância para o território no qual estou inserido. Na proposta metodológica utilizaremos etapas de intervenção.

#### **6.3.1 Etapas da intervenção: estratégias e ações**

A intervenção será realizada em três eixos, sendo elaborada uma estratégia para cada objetivo específico. Cada eixo representa uma etapa da intervenção.

**Figura 1** - Fluxograma com representação dos três eixos da intervenção



## 6.4 Matriz do plano de trabalho

**Quadro 1** – Demonstrativo do plano de trabalho

ATIVIDADES	RESPONSÁVEIS	REULTADOS/METAS ESPERADAS
<b>Estratégia 1</b>		
Atividade 1  Realizar uma reunião com a equipe de saúde para apresentação do projeto de intervenção	Coordenadores do projeto	Projeto de intervenção: 100 % aprovado
Atividade 2  Organizar um seminário de sensibilização com a equipe (recursos humanos, materiais necessários)	Coordenadores do projeto	Seminário: 100% organizado
Atividade 3  Realizar o seminário de sensibilização com toda a equipe de saúde	Coordenadores do projeto	Seminário de sensibilização realizado
<b>Estratégia 2</b>		
Atividade 1  Planejar e organizar a capacitação com os agentes comunitários de saúde sobre o tratamento não farmacológico do DM	Coordenadores do projeto	Planejamento realizado
Atividade 2  Realizar a capacitação com os agentes comunitários de saúde sobre o tratamento não farmacológico do DM	Coordenadores do projeto	Capacitação realizada
<b>Estratégia 3</b>		
Atividade 1  Planejar e organizar as oficinas de sensibilização com os pacientes diabéticos	Coordenadores do projeto	Planejamento realizado
Atividade 2  Realizar as oficinas de sensibilização com os pacientes diabéticos sobre a importância da adesão ao tratamento não farmacológico	Coordenadores do projeto	100% das oficinas realizadas





## **8 RECURSOS NECESSÁRIOS**

Os recursos humanos incluem: a equipe de saúde da ESF (médico, enfermeira, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, atendente, odontólogo) e o apoio da coordenação da atenção básica do município.

Os recursos materiais incluem: recurso áudio visual (televisão, retroprojeto de imagem, câmera fotográfica, microfone, caixa acústica), espaço para realização das oficinas, cartolina, pincel, fita adesiva, papel ofício, livro ata, boletim de produção ambulatorial.

## **9 RESULTADOS ESPERADOS**

Espera-se que essa intervenção incentive e aumente o índice de adesão dos pacientes diabéticos ao tratamento não farmacológico na ESF São Francisco em Mauriti e que as ações que serão implementadas sejam desenvolvidas por todos os integrantes da equipe de saúde, contribuindo assim para melhoria da assistência prestada e da qualidade de vida desses pacientes.

## REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, M. E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde. **Cad Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 1 out. 2014.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Standards of medical care in diabetes. [S.l.], 2011. Disponível em: <<http://www.diabetes.org>>. Acesso em: 1 out. 2014.

ASSUNÇÃO, M. C. F.; SANTOS, I. S.; COSTA, J. S. Avaliação do processo da atenção médica: adequação de pacientes com diabetes mellitus. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 205-211, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 1 out. 2014.

ELIAS, E. A atenção primária à saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. **Rev Bras Epidemiol.**, Florianópolis, v. 11, n. 4, p. 633-647, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 1 out. 2014.

GONDER, F. L. Major developments in behavioral diabetes research. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, [S. l.], v. 60, n. 4, p. 628-638, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 1 out. 2014.

LOPES, F. A. M. Fatores de risco para o desenvolvimento do pé diabético em sujeitos atendidos pelo programa saúde da família (PSF). **Patge**, Belo Horizonte, v. 9, n. 15, p. 154-166, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 1 out. 2014.

MAIA, F. F. R.; ARAÚJO, L. R. Projeto "Diabetes Weekend" Proposta de educação em diabetes mellitus tipo 1. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 550-556, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 1 out. 2014.

MALERBI, D.; FRANCO, L. J. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 years. The Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence. **Diabetes Care**, [S. l.], v. 15, n. 11, p. 1509-1516, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 1 out. 2014.

REHEM, T. C.; EGRY, E. Y. Internações por condições sensíveis à atenção primária no Estado de São Paulo. **Rev Ciência & Saúde**, [S. l.]. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos>>. Acesso em: 1 out. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus: diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br>>. Acesso em: 1 out. 2014.

TAKEDA, S. A organização de serviços de atenção primária à Saúde. In: DUNCAN, B. B. (coord.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

TORQUATO, M. T. et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban population aged 30-69 years in Ribeirão Preto (São Paulo), Brazil. **São Paulo Med J**, Ribeirão Preto, v. 121, n. 6, p. 224-230, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 1 out. 2014.

TUOMILEHTO, J. et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in life style among subjects with impaired glucose tolerance. **N Engl J Med**, [S. l.], v. 344, n. 18, p. 1343-1350, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 1 out. 2014.

WILD, S. et al. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. **Diabetes Care**, [S. l.], v. 27, n. 5, p. 1047-1053, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 1 out. 2014.

WORRAL, G.; KNIGHT, J. Continuity of care is good for elderly people with diabetes: retrospective cohort study of mortality and hospitalization. **Can Fam Physician**, [S.l.], v. 57, n. 1, p. 16-20, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 1 out. 2014.